



Contenido

Eventos

- 5a. Reunión de Licenciados en Terapia Física, Ocupacional, de Lenguaje, Ortesis y Prótesis | **2**
- El arte como una modalidad terapéutica, educativa y restauradora | **2**
- V Seminario Nacional de Rehabilitación Laboral e Integración Educativa y Social | **5**
- In Memoriam Dra. Carmen Gutiérrez de Velasco | **6**

Artículos

- Colapso del cuidador en el adulto mayor discapacitado | **8**
- La atención geriátrica | **10**

Servicios Hospitalarios

- Servicio de Psiquiatría, Psicología y Terapia Familiar | **11**

Conócenos

- ¿Qué es Protección Civil y cuál es la importancia de tener un comité interno? | **13**

Educación

- **Médica Continua** | **14**

Prevención para la salud

- Técnica del lavado de las manos con agua y jabón | **15**



5a. Reunión de Licenciados en Terapia Física, Ocupacional, de Lenguaje, Ortesis y Prótesis y Terapeutas afines.



Instituto
Nacional de
Rehabilitación

Dr. José Ángel Córdova Villalobos
Secretario de Salud

Dr. Luis Guillermo Ibarra
Director General

Dra. Ma. de los Ángeles Barbosa V.
Directora Médica

Dra. Matilde L. Enriquez S.
Directora de Enseñanza

Dr. Juan Antonio Madinaveitia
Director Quirúrgico

Dra. Hilda Villegas Castrejón
Directora de Investigación

Lic. Héctor Ortega Padilla
Director Administrativo

Dra. Xochiquetzal Hernández L.
Subdirectora de Enseñanza Médica
y Educación Continua



Dra. Alma Martínez Hermosillo
Jefe de la División de Difusión
y Divulgación Científica

Biol. Sylvia Núñez Trías
Coordinación Editorial

D.G. Carlos E. Ayala
Diseño Editorial y Retoque Fotográfico

Lic. Mónica García Gil
Apoyo Editorial

Sugerencias y Comentarios:
mondochili@gmail.com

Imagen de portada:
Daniel Pérez Arias / Rehabilitarte
Foto de contraportada:
Carlos E. Ayala / Domo de la Torre de Investigación INR

Prohibida su venta.
Distribución sólo dentro del
Instituto Nacional de Rehabilitación.
Calz. México Xochimilco No. 289
Col. Arenal de Guadalupe,
Del. Tlalpan, C.P. 14389, México, D.F.
www.inr.gob.mx

Publicación bimestral informativa
editada y distribuida gratuitamente por
el Instituto Nacional de Rehabilitación.
El contenido de los artículos,
es responsabilidad de los autores.

Núm 05 - Julio/Agosto de 2007

SALUD



SECRETARÍA
DE SALUD

Eventos

5a. Reunión de Licenciados en Terapia Física, Ocupacional, de Lenguaje, Ortesistas y Protésistas y Terapeutas afines.

Para conmemorar el Día del Terapeuta de las diferentes ramas médicas que se celebra el 5 de Julio, se realizó en el Instituto Nacional de Rehabilitación una reunión el viernes 6 de Julio en el Auditorio Nanahuatzin con 350 participantes.

El objetivo de la reunión es el de unificar criterios en cuanto a tratamientos que se den con mejor calidad y calidez, así como, presentar trabajos de investigación que aportan conceptos nuevos para el tratamientos de los pacientes.

Estas reuniones se realizan desde 1985 y en el Instituto Nacional de Rehabilitación de establecen a partir del año 2002 incluyendo no solamente actividades académicas sino también deportivas y culturales.

Los temas tratados fueron los siguientes:

Trofología

Lic. T.F. Hector Peñuñuri

Técnicas de Neuroterapia en el habla.

Lic. T.L. Alicia U. García A.

Rehabilit - Arte

L.T.O. Maribel Baizal Rodríguez
L.T.O. Myrna A. Arauz Cedillo

La tracción como método terapéutico en pacientes con cervicalgia crónica.

L.T.F. Claudia E. Pecina O.

Retos de la Discapacidad Auditiva.

L.T.C.H. Sandra Pérez Izquierdo



El arte como una modalidad terapéutica, educativa y restauradora

LTO. Myrna A. Arauz C; L.T.O. Maribel Baizal R;
LTO. Ma. Guadalupe Rodríguez M. y LTO. Alejandra Rivera R.
Departamento de Terapia Ocupacional

Con motivo de la 5a Reunión de Terapeutas Ocupacionales, Físicos, de Lenguaje y Ortesistas –Protésistas del Instituto nacional de Rehabilitación; las terapeutas ocupacionales participaron con el tema: “**Rehabilit-ARTE en Terapia Ocupacional**”, así como, la demostración de trabajos artísticos de diferentes asociaciones.

Considerando que en México existen organizaciones gubernamentales que contribuyen al bienestar y mejoramiento de la calidad de vida de las personas con alguna discapacidad, a través de la creación, enseñanza, y difusión de la cultura y las artes para la integración social de personas con o sin discapacidad; nos dimos a la tarea de dar a conocer como el arte puede



Delfino Hernández

*Hola me llamo Delfino H.B
mi lecion es c-4 completa es
muy triste no USAR lo que tu
quieres Pero les digo a ustedes
Amigos con el mismo problema que no
se dejen vencer mientras hay vida
Siempre hay una esperanza a mi la
Pintura me ayuda mucha *GRACIAS*
A Dios y todas las personas que
an estado siempre apoyandome



Antonio Rangel

ser utilizado como modalidad terapéutica, educativa y restauradora respetando las necesidades, valores e intereses de los pacientes; desarrollando destrezas nuevas y existentes ante la discapacidad.

Teniendo como objetivos generales: **Sensibilizar** al personal de salud y población en general sobre el potencial que cada ser humano puede alcanzar para expresar su creatividad. **Difundir** la identidad profesional del Terapeuta Ocupacional; a través de valores, técnicas y motivación para optimizar su participación en el entorno.

El arte es un fenómeno social único que no puede equipararse a ningún otro, como la vida, como el dolor o como el miedo. Ya que todos los hombres poseen una mayor o menor habilidad para el arte y cómo la emoción que produce este fenómeno, conmueve profundamente el sentimiento Humano, cada grupo social, cada época posee sus artistas propios, que han creado así una historia de la humanidad.

De acuerdo a las áreas de expresión, se dividen en:

- **Dinámica:** Danza sobre silla de ruedas, Danceability: filosofía de la danza creada por Alito Alessi, bailarín italiano cuyo lema es: "Si puedes respirar, puedes bailar"; siendo una danza integradora para todo individuo.
- **Plástica:** Tipográfico, Litográfico, Fotografía, Diseño Gráfico, Artesanías (bordados, macramé, figuras con semillas, bisutería, pintura con acuarela, pintura con óleo, pintura en tela.
- **Pretecnológica:** Uso, adaptación y elaboración de adaptaciones funcionales para la realización de actividades artísticas.

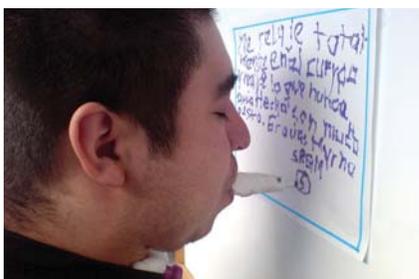
Concluimos que se debe partir de la persona y sus capacidades residuales, **No** de un diagnóstico.

El arte es la vía de comunicación que posibilita ser, perdurar y trascender en la vida aún después de la muerte

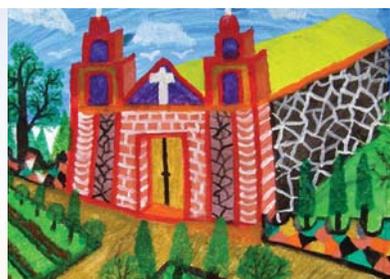
y el poder que implica el hacer y el crear algo que a su vez perdura y es aceptado por los demás; da placer, seguridad y confianza. Al hacer arte la discapacidad se transforma en belleza y capacidad.

"De nada sirve ser un gran profesionalista, si no se tiene antes calidad humana"

El área de trabajo de terapia ocupacional es tan amplio que a medida que se conoce impacta la importancia de la mismo ya que devuelven a la persona discapacitada su dignidad. Muchas son las actividades que pueden rehabilitar a las personas discapacitadas por algún accidente o por enfermedad; las actividades que por su naturaleza puedan desarrollar manualmente o con adaptaciones como es el caso de pintores con la boca, afectados por una lesión medular, da otro giro a su vida, los hace productivos y alcanzan un éxito que les permite reintegrarse a su familia, a sus amigos y a su comunidad.



Sergio Goribar: testimonio y pintura realizada con la boca



Presentación para la Mtra. Gabriela Gallardo de Córdoba y Ma. Elena Álvarez de Baca



Rogelio Robles Torres



Daniel Pérez Arias

Entre lo expuesto en Rehabilit-ARTE disfrutamos de:

Testimonios escritos con la boca por Sergio Goribar, pinturas en acuarela y al óleo creadas de la misma manera por Rogelio Robles y Delfino Hernández, calidad que les permite competir por un espacio en la Asociación de Pintores con la Boca y con el Pie, acreditando un apoyo económico, además de la difusión internacional.

Observamos la creatividad de Dube del Carmen Cadena, Alma Delia León y Maribel Jose en la elaboración de bordados y pintura en tela, independiente de las lesiones neuromusculares o sensoperceptuales (como la sordoceguera) que si bien dificultan la actividad, no les impiden realizarlo.

Además artesanías realizadas a base

de semillas, cuya dificultad reside en desarrollar la presión fina, Sr. Antonio Rangel.

Expresiones literarias como la del Ing. Santiago Velázquez quien preside la Organización Internacional Vida Independiente para personas con discapacidad, A.C.

Un artículo elaborado por el C.P. Enrique Medel sobre Autodiscriminación; colaborando activamente en la elaboración de boletines informativos en Fundación Humanitaria de Ayuda a Discapacitados, I.A.P. (FHADI).

La Dra. Norma Patricia Maldonado (FHADI) mostró su "Manual Práctico para Personas con Lesión Medular".

Fotografías presentadas por la Asociación de Ojos que sienten, A.C., cuyos autores ubican su composición

fotográfica a través del tacto. Diseño de carteles por computadora, Daniel Pérez.

Nada que no sea la falta de motivación para vivir, impide la expresión o cumplimiento de actividades artísticas y laborales.



Para mayor información sobre las asociaciones contáctenos en Terapia Ocupacional al 59 99 10 00, exts. 15109 y 15114. Agradecemos todos los apoyos brindados para la realización de este evento.



Maribel Jose Julio y Alma Delia León Galicia



María de Jesús Mejía Prieto



El equipo de Rehabilitarte

V Seminario Nacional de Rehabilitación Laboral e Integración Educativa y Social

Se llevó a cabo en el Instituto Nacional de Rehabilitación el V Seminario Nacional de Rehabilitación Laboral e Integración Educativa y Social los días 22, 23 y 24 de agosto del 2007. Como profesor titular del evento estuvo a cargo el Dr. Jorge Hernández Wence, que actualmente se desempeña como Jefe de Servicio de Rehabilitación Laboral y Educativa.

El objetivo del curso fue intercambiar experiencias con los profesionales que se dedican a la integración Laboral, Educativa y Social de las personas con discapacidad.

El objetivo específico fue proporcionar la igualdad de oportunidades para las personas con discapacidad que redunden en la plena integración al desarrollo social, económico y cultural.

Asistieron representantes de varias Instituciones de Salud y Educativas, tanto nacionales como extranjeras; ya que participaron profesionales de los países centroamericanos.

La Rehabilitación Laboral de acuerdo a la Organización Internacional de Trabajo, es un proceso que permite a las personas con discapaci-

dad, obtener y conservar un empleo adecuado; así como progresar en el mismo.

El proceso comprende varias etapas como son: Evaluación, Orientación Vocacional, Adaptación, Capacitación, Colocación Selectiva y Seguimiento; en las cuales, se interviene de manera multidisciplinaria para facilitar la inclusión al empleo o al autoempleo de las personas con discapacidad.

La División de Rehabilitación Integral, desarrolló además del Programa de Rehabilitación Laboral, el de Rehabilitación e Integración Educativa, en este último, se atienden a personas con alguna discapacidad y con necesidades educativas especiales; se les brinda apoyo psicopedagógico y se realizan vinculaciones con Escuelas Regulares y de Educación Especial.

De manera conjunta con el personal de Rehabilitación Pediátrica, se atienden a usuarios, pacientes, familia y acompañantes en el Programa Sigamos Aprendiendo en el Hospital, cuya finalidad es evitar el rezago educativo en niños, jóvenes y adultos, cuyo padecimiento o



Profesores Participantes e Invitados

Dr. Luis Guillermo Ibarra
Director General de INR

Dr. Luis Felipe Vales Ancona
Industrias de Buena Voluntad

Dr. Ignacio Devesa Gutiérrez - IMSS

Dr. Enrique Garrido Ramírez - APAC

Dr. Javier Peralta Valverde - INR

Dra. Diana Avendaño Badillo - INR

T.S. Marisela Ruiz Sánchez - INR

Lic. Patricia de Anda Hermoso - ST y PS

Dr. Froylan E. Calderón Castañeda - INR

Lic. Laura Margarita Valdespino D. - INR

Lic. Diana Melchor Vázquez - INR

Mtra. Elisa Saad Dayán - SEP

Dra. Irene Mújica Morales - IMSS

Lic. Marco A. Flores Mondragón - INR

Dra. Amalia Gamio Ríos - CONAPRED

Sr. Federico Olivares Mares

Lic. Claudia Reséndiz Sánchez - INEA

Lic. Mirich Reyes García - INEA

Profr. Graciela Sánchez Flores - INR

Profr. Gustavo Ramos Morales - SEP

Profr. Bonfilio Jiménez Rojas - SEP



Dra. Matilde Enríquez, Dr. Luis Guillermo Ibarra, Dr. Jorge Hernández Wence y Dr. Froylán E. Calderón



Dr. Luis Guillermo Ibarra en la exposición del Seminario.

discapacidad les impide acudir a la escuela. Se cuenta con el apoyo del INEA (Instituto Nacional de Educación de Adultos) para alfabetizar y certificar en Primaria y Secundaria. También, con la asesoría de Profesores de Educación Primaria.

In Memoriam

Dra. Carmen Gutiérrez de Velasco de Ruiz de Chávez

Con motivo de rendir homenaje In Memoriam a la Dra. Carmen Gutiérrez de Velasco Hernández y la de Develar la placa que impondrá su nombre a la División de Rehabilitación Geriátrica y Cardiorespiratoria, División que impulsó con gran dedicación; el 15 de agosto en el Auditorio Nahuatzin del Instituto Nacional de Rehabilitación, se reunieron las siguientes personalidades:

Dra. Maki Esther Ortiz Díaz

Subsecretaria de Innovación y Calidad, Presidenta de la imposición de Nombres, representando al Secretario de Salud
Dr. José Ángel Córdova Villalobos

Dr. Alberto Lifshitz G.

Director General de los Institutos Nacionales de Salud, representando al Dr. Julio Sotelo Morales, Coordinador de Institutos Nacionales de Salud y Hospitales de Alta Especialidad

Dr. Emilio García Procel

Presidente de la Academia Nacional de Medicina

Dr. Gerardo Jiménez Sánchez

Director General del Instituto de Medicina Genómica



Los Directivos del Instituto Nacional de Rehabilitación, la familia Ruíz de Chavez Gutierrez de Velasco, y todos aquellos que conocimos y apreciamos a Carmelita como cariñosa-



Dra. Carmen Gutiérrez de Velasco con sus hermanas Araceli y Patricia.

mente le llamaron sus más íntimos amigos y familiares.

El Instituto Nacional de Rehabilitación a través del Dr. Guillermo Ibarra rindió un emotivo homenaje refiriendo la destacada trayectoria de la Dra. Carmen Gutierrez de Velasco Hernández. Egresada de la UNAM titulándose con mención honorífica el 9 de Agosto de 1973. Ingresó como alumna en la Especialización de Medicina de Rehabilitación de la SSA en 1974 y becada al año siguiente para realizar estudios en Rehabilitación Médica en la Universidad de Londres, Inglaterra terminando en 1977.

Obtuvo la correspondiente certificación por el Consejo Mexicano de Medicina de Rehabilitación A. C. en 1990. Perteneció a diversas sociedades médicas de primera importancia: Sociedad Mexicana de Medicina Física y Rehabilitación A.C., Sociedad Mexicana de Neumología y Cirugía de tórax, Sociedad Médica del Hospital Infantil de México, a las de los Hospitales Médica Sur y ABC, asimismo, fue miembro asociado por invitación de la Sociedad Mexicana de Cardiología así como del Ame-

rican Association of Cardiovascular and Pulmonary Rehabilitation.

Fue médico adscrito en el Departamento de Rehabilitación del Hospital Infantil de México de 1978 a 1983, en donde colaboró con el suscrito en el desarrollo de los programas de estimulación temprana y con el Dr. Maximiliano Ruiz Castañeda en estudios de investigación en niños con Síndrome de Down. Posteriormente fue Jefe de Departamento de Evaluación de la Dirección General de Rehabilitación de la Secretaría de Salubridad y Asistencia, organizando los Servicios de Rehabilitación del Hospital General de Tulancingo y del Hospital Regional de Tula, Hidalgo. Luego se desempeñó como Jefa del Departamento de Rehabilitación Respiratoria y Clínica del Tabaquismo del Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias, donde permaneció de 1985 a 1995 y a partir de dicho Instituto, realizó la organización de 10 clínicas de tabaquismo en diferentes Estados de la Republica Mexicana, 6 en el Distrito Federal y una en la Habana Cuba. Asimismo organizó la Unidad de Rehabilitación Respiratoria Integral y la Clínica contra el Tabaquis-



Familiares de la Dra. Gutiérrez de Velasco.



Instauración del nombre de la "Dra. Carmen Gutiérrez de Velasco a la División de Rehabilitación Geriátrica y Cardio-respiratoria.



Fotos: Francisco Suárez Bravo

mo del Hospital Médica Sur. En todos sus cargos siempre se desempeñó con amabilidad y don de gente que la caracterizaron, así mismo con dedicación, esmero y creatividad.

La Dra. Gutiérrez de Velasco, promovió el primer proyecto de colaboración entre el Consorcio Promotor del Instituto Nacional de Medicina Genómica y el Hospital Médica Sur, como parte de los festejos del VII Aniversario de la Clínica contra el Tabaquismo que ella dirigía. Durante el evento académico que se programó en esa oportunidad, la Dra. Gutiérrez de Velasco, de manera visionaria, puso de relieve la importancia de la medicina genómica para la prevención y tratamiento del tabaquismo y sus enfermedades asociadas, iniciativa que hizo suya el Dr. Gerardo Jiménez Sánchez, actual titular de ese Instituto Nacional. Además de su desempeño como profesional de la rehabilitación pulmonar, tuvo una vocación por la docencia que ejerció por 25 años, sus publicaciones dejan constancia de su compromiso profesional. Es así que destacamos su labor como

pionera en el campo de la Rehabilitación Pulmonar Integral en la República Mexicana.

Por todo lo anterior, es un orgullo el haber conocido a una distinguida Médica Mexicana, haber colaborado en su proyecto más ambicioso, "la rehabilitación de nuestros pacientes", promoviendo la rehabilitación respiratoria y la lucha contra el tabaquismo, motivo por el cual se impuso su nombre a la División de Rehabilitación Geriátrica y Cardiorespiratoria.

El Dr. Gerardo Jiménez Sánchez dictó una conferencia magistral titulada "La Medicina Genómica y sus implicaciones en la prevención de enfermedades asociadas al tabaquismo", conferencia que al marco de las sesiones académicas del Instituto, le confiere continuidad a la atención de un grave problema de salud pública que la Dra. Gutiérrez de Velasco siempre subrayó y dedicó gran parte de su esfuerzo y reflexión personal.

Al terminar la sesión, se develó la placa conmemorativa.



La adicción al tabaquismo es debido a que la nicotina es una sustancia muy potente, por lo que no es fácil dejar de fumar. Es una decisión personal que muchos fumadores lo logran y vale la pena el esfuerzo, ya que con ello, los beneficios para la salud se manifiestan a los pocos días de la cesación del fumar.

Tratemos de detener la adicción antes de que su daño en la salud sea irreversible.

Dra. Rosa María Moctezuma Toledo

"La mejor forma de dejar de fumar es desearlo, lograrlo y creerlo."

Dra. Carmen Gutiérrez de Velasco†



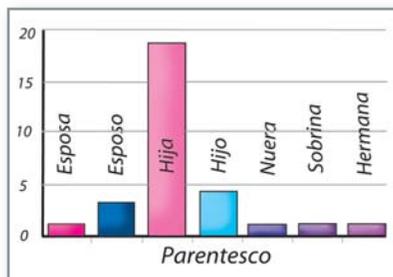
Colapso del cuidador en el adulto mayor discapacitado.

Dra. Elizabeth María Morales Cariño
Dra. Blanca L. Jiménez Herrera
 Servicio de Rehabilitación Geriátrica



En México, la familia es el sistema de apoyo social más importante. Este sistema proporciona a sus miembros apoyo emocional, físico.

El cuidador principal es aquella persona familiar o amigo, remunerado o no, que atiende o supervisa la mayor parte de las necesidades del adulto mayor. En la mayoría de los casos es una mujer de entre 50 y 60 años y generalmente es la esposa o la hija.



Dentro de esa responsabilidad el cuidador debe realizar actividades que suelen ser incómodas y que suelen afectar en su salud física y mental, alteran los roles familiares, la actividad laboral del cuidador, su tiempo libre y sus relaciones sociales. El término ampliamente utilizado para referirse a dichos efectos sobre el cuidador es "colapso o sobrecarga".

Hay ciertas actitudes en el adulto mayor que afectan más al cuidador como la agresividad física y verbal, desordenes alimenticios, automedicación, desinterés por la limpieza, y la incontinencia. Además la estabili-

dad del cuidador esta estrechamente relacionada con funcionalidad de la familia y el tiempo de evolución de la enfermedad del paciente y en menor grado la discapacidad.

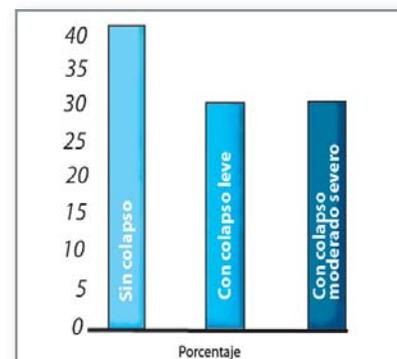
Efectos sobre el cuidador:

- Salud física: fatiga general, cefalea, dorsolumbalgia, se exagera la sintomatología por osteoartritis.
- Salud mental: irritabilidad, tristeza, ansiedad, miedo, agotamiento mental, insomnio, sentimientos de culpabilidad y vergüenza, sensación de soledad, aislamiento, impotencia, frustración, pérdida de identidad, resentimiento, disminución de la satisfacción de la vida.
- Economía: Al dejar trabajo menos ingresos a la familia y más gastos por el paciente.
- Se rompen lazos familiares y se limitan las actividades laborales.
- Tiempo libre y relaciones: disminuye las actividades de recreación como deportes, participación en asociaciones, reuniones con amigos, cine y /o viajes.
- Se detiene el proyecto de vida.

El colapso del cuidador esta ampliamente estudiado en los cuidadores de pacientes con Demencia y en menor grado pacientes con Enfermedad Vasculare Cerebral y Cáncer.

En México hay pocos estudios sobre el colapso del cuidador: uno

estableciendo el perfil del cuidador de pacientes con Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica encontrado mujeres de alrededor de 50 años, casadas, esposas del paciente y con estudios primarios. Otro estudio donde se evaluó el colapso del cuidador en un servicio de Geriátrica encontrando un porcentaje de colapso del 40% en los cuidadores. En el Servicio de Rehabilitación Geriátrica del INR se hay hecho dos estudios en cuidadores de pacientes con Osteoartritis y con Síndrome de Inmovilidad encontrando un porcentaje de colapso en cuidadores del 30% y 60% respectivamente.



Ilustraciones: Lic. Mónica García Gil

¿Por qué es importante evitar el colapso del cuidador?

El colapso del cuidador puede tener consecuencias como el deterioro de la salud del Adulto Mayor que trae consigo el incremento en el número de hospitalizaciones y/o visitas al médico. Además una de las consecuencias más importantes es la presencia de maltrato hacia el adulto mayor.

El maltrato hacia el adulto mayor se define como cualquier acto u omisión que produzca daño, intencionado o no, que ocurra en medio familiar, comunitario o institucional que pone en peligro la integridad física, psíquica, la autonomía o los derechos fundamentales de los individuos y que merma la calidad de vida del adulto mayor.

Tipos de maltrato:

- **Físico:** lesiones por golpes, torceduras, abrasiones, fracturas, quemaduras.
- **Psicológico o emocional:** a través de agresión verbal, amenazas, insultos, humillaciones, aislamiento, infantilización del anciano, chantajes.
- **Explotación financiera:** malutilización de dinero, y/o propiedades.
- **Sexual:** Relación sexual no consentida.
- **Negligencia:** Física: no satisfacer las necesidades básicas como negación de alimentos, cuidados higiénicos, vivienda, seguridad y tratamientos médicos. Emocional: negación de afecto, desprecio, aislamiento, incomunicación. No acercar prótesis: lentes, dientes. Puede ser consciente o inconsciente.

¿Qué hacer para evitar el colapso del cuidador?

1. Buena comunicación, relaciones familiares (comentar lo que dijo el médico).
2. Pedir información sobre enfermedad y los cuidados que se deben dar.
3. Mantener al máximo la independencia del paciente.

4. Comparta sus problemas.
5. No lleve toda la carga, pida ayuda.
6. No se aíse. Continúe con los amigos y con reuniones. Mantener las actividades que le divierten: ir al cine, pasear, pintar, tejer, crucigramas.
7. La risa, amor y alegría son fundamentales para su bienestar y para su enfermo. Busque personas, cosas, situaciones y actividades que le satisfagan. Una persona serena irradia armonía, si se ríe, relajará el ambiente.
8. Preocuparse por uno mismo: descanso suficiente, acudir al médico.
9. Procúrese un tiempo semanal para usted, busque un familiar asistente que cuide al enfermo unas horas a la semana. Tome vacaciones anualmente.
10. Mejore las redes de apoyo.

Redes de apoyo

El mejorar las redes de apoyo es un punto esencial para disminuir y/o evitar el colapso del cuidador.

Las redes de apoyo se definen como el conjunto de relaciones interpersonales que integran a una persona con su entorno social y le permiten mantener o mejorar su bienestar material, físico y emocional.

Existen dos tipos de redes de apoyo:

- **Red de apoyo formal:** que son los servicios públicos otorgados por el estado o municipio.
- **Red de apoyo informal:** Organización no establecida institucionalmente dada por familiares, parientes, amigos o vecinos cuya finalidad es dar ayuda a la población envejecida. Sin embargo

debe existir una interacción entre la red formada por la familia y amigos con los profesionales de la salud para la comunicación de información.

Dentro de la red de apoyo informal que es la más frecuente se puede fortalecer a través de:

- **Familiares:** es la más común, y es dada generalmente por las mujeres. La ayuda familiar esta dada por realización de tareas domésticas, ayuda económica, llamadas telefónicas, paseos, charlas con el cuidador para que se desahogue.
- **Amigos, vecinos, compañeros de trabajo:** son importantes cuando se tiene poca familia. El vínculo se establece por intereses comunes y actividades compartidas. En ocasiones el apoyo es solo de apoyo verbal y de compañía para el cuidador.
- **Comunitarias:**
 - Organizaciones de acción específica a mayores: aportan instrumentos, materiales y ayuda emocional. (Organizaciones de auxilio y beneficencia).
 - Organizan donde las personas mayores participan activamente. (organizaciones de tercera edad). Voluntarios de parroquias y asociaciones: dan servicio de voluntarios para cuidar enfermos y apoyo a los cuidadores que presentan agotamiento.

El conocimiento de las demandas de los adultos mayores enfermos o discapacitados, así como, los apoyos con los que cuente el cuidador, facilitarán una convivencia saludable emocionalmente para ambos.



La atención geriátrica

Dra. Blanca L. Jiménez Herrera
Responsable del Servicio de Rehabilitación Geriátrica.
M. en C. Tirzo Serrano Miranda
Investigador de la división de Epidemiología Sociomédica.



El envejecimiento de la población, es un hecho irreversible que alcanza ya índices preocupantes para el país por sus demandas económicas, sociales y de salud. En México, cifras del XII Censo de Población del año 2000 (INEGI), establece que el 7% de la población total son mayores de 60 años y el Conteo de Población y Vivienda Mexicano del 2005, notificó que los mayores de 65 años de edad representaban 5.54% de la población.

Las proyecciones del Consejo Nacional de Población (CONAPO) estima que esta población se duplicará en el año 2025 y, para 2050, representará la cuarta parte de la población mexicana. Esto es producto de la transición demográfica y epidemiológica, en la que esta última ha favorecido la modificación de las tasas de morbilidad, pues al avanzar la edad las capacidades físicas se deterioran y los problemas de sa-

lud y las discapacidades aumentan, siendo las enfermedades crónicas y degenerativas las más prevalentes; y las que más frecuentemente están asociadas a pluripatología.

El I.N.E.G.I. (Año 2000), establece que en nuestro país existen 1.8 millones de mexicanos con alguna discapacidad de tipo motriz, visual, mental, del lenguaje o auditiva (Cifra que tal vez por la metodología empleada o la determinación del grado de discapacidad no refleja la realidad numérica del país), pero aún así de este dato nos debe llamar la atención que el 44.6% son **adultos mayores**.

Asimismo de la población de adultos mayores el 70% no pertenece a un sistema de jubilados o pensionados, circunstancia que aumenta relevancia e importancia del I.N.R.; en la atención de las discapacidades en esta población. Situación que ya es

palpable en nuestro instituto, pues en el año 2006 de 47,000 pacientes el 22% (10,340) fueron adultos mayores, lo que impactó la demanda de atención médica, la ocupación hospitalaria, los costos día/cama/mes, los insumos y mano de obra empleados en su atención.

Ante ello el Instituto Nacional de Rehabilitación ha tratado de dar respuesta mediante la creación del Servicio de Rehabilitación Geriátrica, ser participante fundamental en la estructuración del programa del PreVerdis, la implementación de Simposium sobre Rehabilitación Geriátrica, Cursos sobre Educación para Hijos con Padres Adultos Mayores, así como la realización de investigaciones sobre aspectos sociodemográficos de la discapacidad y otras en el terreno clínico sobre Depresión y Discapacidad, Índice de Masa Corporal y Discapacidad, todas ellas en el ámbito geriátrico.



La demanda de atención médica por parte de los adultos mayores en nuestra dependencia se ha venido incrementando en los tres últimos años, lo que representa al I.N.R. como punta del iceberg en cuestiones de discapacidad de esta población dentro del sector salud, y debe marcar la brecha y las políticas sobre programas de educación, prevención, diagnóstico, tratamiento e investigación en su atención. Por lo que uno de los retos para el I.N.R., será desarrollar modelos de atención inter y multidisciplinarios de rehabilitación integral, con la participación de las diversas especialidades y servicios que lo constituyen para elevar la calidad de la atención médica, reducir los costos de atención a través de disminuir la hospitalización y las discapacidades.



Servicio de Psiquiatría, Psicología y Terapia Familiar

Mtra. Marisol Achirica Uvalle
Servicio de Psiquiatría, Psicología y Terapia Familiar.

El 29 de mayo del 2006, el Dr. Froylán E. Calderón Castañeda fue nombrado Jefe del Servicio de Psiquiatría, Psicología y Terapia Familiar marcándose así el inicio del trabajo conjunto de estas áreas bajo una misma dirección. Este Servicio está adscrito a la División de Rehabilitación Integral la cual depende a su vez de la Dirección Médica.

Si bien tanto el Dr. Froylán Calderón como las actuales coordinadoras de Terapia Familiar y otros profesionales del INR formados en atención a familias en diferentes niveles, han impartido sus servicios a las familias de los pacientes del INR desde hace varios años con entusiasmo y dedicación; ha llegado el momento de estructurar todos esos esfuerzos para lograr mayor eficiencia y satisfacción. Muchas familias han sido ya atendidas por psicólogas, terapeutas y médicos, que se han entrenado en atención familiar con excelentes resultados. De hecho, las consultas especializadas de Terapia Familiar se imparten en el INR desde el año 2001 esperando el momento para conformarse en un Servicio que ahora crece paulatinamente para apoyo de todas las áreas y el bienestar integral de nuestros pacientes.

El mes de junio de 2007 marcó una nueva etapa en la Coordinación de Terapia Familiar con cuatro coordinadoras: En el turno matutino y cargo de su estructuración a nivel institucional está la Mtra. Marisol

Achirica Uvalle, en el turno vespertino se encuentran: la Psic. y TF Julia García Campillo, responsable de los ingresos al servicio vespertino, la Psic. Patricia Velásquez Cosmes, coordinadora en Rehabilitación y la LTCH y TF Ana Patricia Guzmán Cuevas, coordinadora en Comunicación Humana.

La estructura con la que comenzaremos comprende los siguientes pasos y estará sujeta a reconsideraciones según nos lo vaya indicando la experiencia y la interacción con los profesionales del INR que como hasta ahora, colaboren con nosotros:

1. Detección

a. El personal que trabaja en contacto directo con los pacientes, detecta cuando la falta de asistencia y puntualidad a las consultas y la inconstancia en la toma de medicamentos o en la realización de los ejercicios de terapia (tanto terapia física como terapia de lenguaje), pueda deberse a circunstancias familiares disfuncionales.

2. Canalización

a. Dicho personal comenta el caso con alguna de las coordinadoras quien le proveerá del formato diseñado para la canalización, mismo que también puede solicitar con Mónica Méndez (secretaria del Servicio), es indispensable comentar el caso con

alguna de las coordinadoras en otro momento.

b. Se propone una junta con el personal involucrado para discutir el caso (a la cual se invita al jefe de servicio). Si no es posible que los profesionistas se puedan reunir, se contacta con ellos por separado para conocer su experiencia sobre el caso y para enterarlos de la canalización.

3. Selección

a. Se selecciona el nivel de intervención:

i. Asesoría a través del profesional: La coordinadora asesora al profesional en la manera de intervenir con la familia en el caso específico que se consulta, sea cual sea su profesión. Proporciona estrategias específicas y material de lectura.

ii. Grupos de Apoyo: Profesionistas de diferentes áreas se capacitan para ejercer su práctica profesional cotidiana desde un enfoque familiar-sistémico a través de sesiones grupales, materiales de lectura, ejercicios, prácticas supervisadas y crecimiento personal. Esta capacitación actúa tanto a nivel de prevención como de intervención en problemas leves de la familia, así como, puente para lograr canalizaciones más efectivas a servicios especializados.

iii. Grupos Psicoeducativos:

Profesionistas con formación en familia abren grupos de trabajo para familiares de pacientes de patologías específicas con una duración promedio de 10 sesiones en donde pacientes y familiares aprenden acerca de su enfermedad o discapacidad y trabajan sus

sentimientos, la calidad de su comunicación, etc.

iv. Orientación Familiar: Profesionistas capacitados en Orientación Familiar asesoran directamente a una familia que requiera aprender nuevas habilidades o ajustarse más eficientemente a las demandas del padecimiento y de su ciclo vital familiar.

v. Terapia Familiar: Profesionistas con entrenamiento en psicoterapia familiar atienden a aquellas familias que por su dinámica disfuncional y multiproblemática, o bien por la gravedad del diagnóstico, así lo requieran.

vi. Psiquiatría: Tanto el equipo de Psiquiatría del Servicio colabora con Terapia Familiar en el diagnóstico y tratamiento individual de uno o varios miembros de la familia que así lo ameriten, como Terapia Familiar los apoya en el tratamiento de la familia de sus pacientes.

4. Atención

a. El paciente y su familia son atendidos en el nivel seleccionado.

5. Investigación

- a. Cada nivel de atención irá estructurando protocolos de investigación que los profesionistas capacitados en familia elaborarán desde sus servicios de adscripción.
- b. Los protocolos de investigación se trabajarán con la Dra. Hilda Villegas Castrejón y su equipo en Investigación para su análisis correspondiente.

6. Enseñanza

a. Esta coordinación tiene una importante labor en esta área pues



LTCH y TF. Ana Patricia Guzmán, Psic. y T.F. Julia García, Dr. Froylán E. Calderón y Mtra. Marisol Achirica

el personal que participe con nosotros en cada nivel contará con la Capacitación y Supervisión de la Mtra. Marisol Achirica Uvalle de manera que obtenga tanto conocimientos teóricos como el desarrollo de habilidades de intervención clínica, lo cual recompensará su colaboración con crecimiento personal y profesional.

b. Asimismo las coordinadoras promoverán la participación de otros especialistas en familia para que acudan al INR a colaborar en la capacitación del personal como se hizo con éxito durante 6 años en la Clínica de Orientación Familiar de Comunicación Humana.

7. Divulgación

a. Los resultados tanto del trabajo como de la investigación realizada, serán consignados, redactados y presentados en las oportunidades que se presenten para hacer del conocimiento del INR los hallazgos, avances y necesidades de esta Coordinación.

Perspectivas a futuro

Cada vez más profesionales, desde diferentes áreas, buscan complementar y ampliar su formación en Familia al concientizarse en su práctica clínica diaria de la importancia radical que tienen los familiares para la adherencia terapéutica de los pacientes en su Rehabilitación Integral.

La demanda de esta atención en el INR es tan vasta que actualmente no es posible abarcarla en su totalidad por lo que nos auxiliamos del convenio de colaboración gestionado por el Dr. Froylán Calderón del INR con el Instituto de la Familia A.C. (IFAC), institución pionera de la Terapia Familiar en México y con otras instituciones a las que se acudirán con ellos casos que no sea posible atenderlos todavía dentro del INR. Esperamos que en poco tiempo, contando con una estructura fuerte, más personal adscrito y mayor capacidad para atender la demanda del INR, podamos intervenir incluso a nivel preventivo.

Esta labor no será posible sin la participación de ustedes y ya que nuestro marco epistemológico de intervención es Sistémico, todos en el INR (administrativos, enfermeras, terapeutas, intendencia, médicos, psicólogos, etc) somos parte de esta labor recibiendo a la familia en "nuestra casa", con sus dificultades, recursos y penas, brindando mayor o menor contención a su patología, aprovechando en mayor o menor medida sus recursos más allá del diagnóstico del paciente, pues, antes que otra cosa, somos personas, y todos y todas somos parte de una sociedad que nos brinda más o menos oportunidades para desarrollarnos, crecer y lograr nuestros proyectos de vida.

¿Qué es Protección Civil y cuál es la importancia de tener un comité interno del INR?

Protección Civil es un conjunto de principios, normas, procedimientos, acciones y conductas incluyentes solidarias, participativas y corresponsales, que efectúan coordinada y concertadamente la sociedad y las autoridades; llevadas a cabo para prevenir y mitigar desastres naturales o provocados por el hombre.

El Comité Interno de Protección Civil es obligatorio, ya que es el mecanismo de operar el programa Interno y es el instrumento para alcanzar los objetivos de Protección Civil en los inmuebles.

Este comité se forma por un grupo de funcionarios que representan las diferentes áreas del INR que tienen la capacidad de decisión de los recursos disponibles (humanos, materiales, de seguridad y médicos) para hacer frente a contingencias, para supervisar y coordinar la capacitación y orientación de personal en la realización de simulacros y la evaluación de los riesgos.



Simulacros efectuados en el INR.

Las funciones del comité interno son las siguientes:

- Asignar a los brigadistas tareas específicas y buscar su capacitación.
- Consignar las tareas a observarse, por la población del inmueble, antes, durante y después del siniestro.
- De acuerdo a la señalización, establecerá las estrategias para que en una situación imprevista o simulada se desaloje bajo las normas establecidas con anterioridad.
- Difundirá ante la comunidad las normas de conducta a observar durante una emergencia.
- Cuando se trate de la realización de un simulacro de desalojo deberá convocar a los cuerpos de seguridad y de vigilancia con el objeto de dar apoyo a la población involucrada.
- Programará, supervisará y evaluará los ejercicios de desalojo.



Las funciones del Coordinador General y el suplente son:

- Dictar las acciones preventivas a seguir para evitar que ocurra una situación de alto riesgo.
- Evaluar la situación prevaleciente y si es necesario, evacuar y/o realizar un repliegue en el edificio.
- Pedir un informe al Jefe de edificio, piso o área, así como, a los jefes de la brigada sobre la situación del edificio o las personas.
- Realizar un informe periódico de las condiciones del inmueble.
- Pedir al Jefe del edificio, los programas de mantenimiento.
- Pedir avances de la capacitación de las brigadas, fomentando programas permanentes de capacitación en materia de protección civil.
- Organizar las sesiones periódicas del comité interno de Protección Civil.
- Evaluar los resultados de las aplicaciones de los programas de atención, en conjunto con el resto del comité





Fotos: Francisco Suárez Bravo

- Estar pendiente de las campañas de sensibilización al personal para realización de los simulacros.
 - Estar presente en todos los simulacros con el fin de coordinador y evaluar el desarrollo de los mismos.
 - Coordinar el comité interno en su conjunto, en caso de un alto riesgo o emergencia, siniestro o desastre.
 - Después de una emergencia, realizará una reunión extraordinaria para evaluar la situación y tomar decisiones pertinentes para el restablecimiento de las actividades normales.
 - Proceder a dispersar en orden al personal en caso de que el inmueble quede dañado, dando indicaciones de cómo podrán estar enlazados para la continuación de labores.
 - Recibir en informe de los heridos, desaparecidos o muertos para informar a los familiares y lleve el seguimiento hasta el final.
- En el Instituto Nacional de Rehabilitación se llevan cabo simulacros programados con las diferentes brigadas que están preparadas para agilizar y proteger a la comunidad que se encuentre en el mismo, en caso de un desastre natural o provocado.
- La integridad del personal del INR, así como, de los pacientes internados y en consulta externa, estarán protegidos razonablemente siguiendo las instrucciones de los brigadistas.
- Atender las indicaciones en un evento inesperado puede significar salvar la vida o la de otros. Es responsabilidad individual estar pendientes de las campañas de sensibilización, observar las normas de conducta que nos marque Protección civil y si es nuestro personal interés, buscar capacitación y pertenecer a una brigada de salvamento.
- Si te interesa pertenecer a las brigadas del INR, comunícate a la ext. 18168 de Servicios Generales con el Lic. Carlos Benitez o con la Ing. Vera Domínguez.

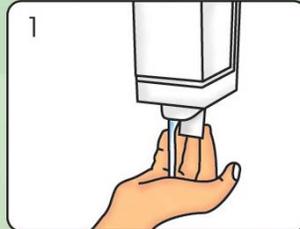
Actividades Enseñanza INR 2008

Mes	Día	Tema	Auditorio
Enero	17	Simposium Controversias en Artroscopía / Dr. Clemente Ibarra	Tenazcapati
		Simposium Hombro y Rodilla / Dr. Clemente Ibarra	Temazcal 3
	21	Postécnico de Enfermería	Temazcal 3
	29	Sesión Clínica y Bibliográfica de Psiquiatría / Dr. Froylán Calderón	Tenazcapati
	31	VII Curso Internacional de Avances en Cirugía de Columna Vertebral / Dr. Luis Rosales Olivares	Nanahuatzin
Febrero	5	Diplomado en Biética / Dr. Sergio García Colorado	Temazcal 1 y 2
	9	Manejo de la vía aérea / Oscar Arturo Aguilar Díaz	Temazcal 1
	29	Sesión Clínica y Bibliográfica de Psiquiatría / Dr. Froylan Calderón	Tenazcapati

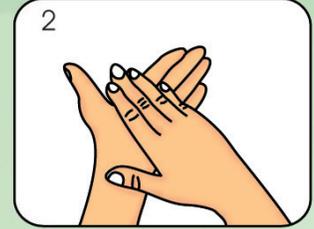
Técnica de lavado de las manos con agua y jabón



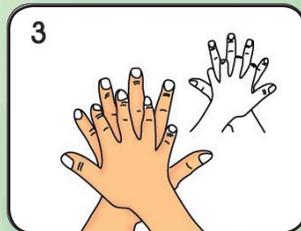
Mójese las manos con agua.



Deposite en la palma de la mano una cantidad de jabón suficiente para cubrir todas las superficies de las manos.



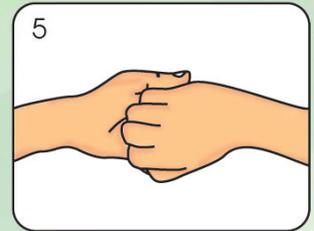
Frótese las palmas de las manos entre sí.



Frótese la palma de la mano derecha contra el dorso de la mano izquierda entrelazando los dedos y viceversa.



Frótese las palmas de las manos entre sí, con los dedos entrelazados.



Frótese el dorso de los dedos de una mano con la palma de la mano opuesta, agarrándose los dedos.



Frótese con un movimiento de rotación el pulgar izquierdo atrapándolo con la palma de la mano derecha, y viceversa.



Frótese la punta de los dedos de la mano derecha contra la palma de la mano izquierda, haciendo un movimiento de rotación y viceversa.



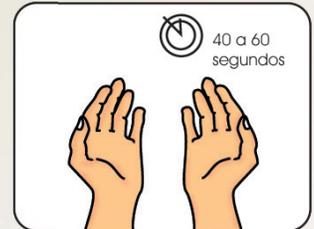
Frótese las palmas de las manos entre sí.



Séquelas con una toalla de un solo uso.



Sírvase de la toalla para cerrar el grifo.



Una vez secas sus manos son seguras.

